

**ALTENHEIM**  
**HEILIG-GEIST-SPITAL EICHSTÄTT**  
BAHNHOFPLATZ 3  
85072 EICHSTÄTT

Tel.: 08421/ 97600  
Fax.: 08421/ 976055

Heimleitung: Anneliese Neubauer

**Aufnahme - Datum von Warteliste:**

**Aufnahme - Datum Neu:**

**zur Vorsorge**

**Einzugs - Datum:**

**dringend**

**Zi. - Nr.**

..... Name	..... Vorname	..... Geburtsname	..... Geburtsdatum
..... Geburtsort	..... Familienstand	..... Konfession	..... Staatsangehörigkeit

.....  
Adresse / Wohnort Strasse

**bei Aufnahmemöglichkeit soll verständigt werden:**

**Angehöriger:**

**Verwandtschaftsgrad:**

**Verwandtschaftsgrad:**

.....  
Name

.....  
Name

.....  
Strasse

.....  
Strasse

.....  
PLZ / ort

.....  
PLZ / Ort

.....  
Telefon ( tagsüber )

.....  
Telefon ( tagsüber )

.....  
Telefon ( abends / nachts )

.....  
Telefon ( abends / nachts )

**Betreuer ( in )**

.....  
Name

.....  
Telefon ( tagsüber )

.....  
Strasse

.....  
Telefon ( abends / nachts )

.....  
PLZ / Ort

.....  
bestellt durch Amtsgericht

**behandelnder Arzt**

.....  
Name

.....  
Telefon

.....  
Krankenkasse / Adresse

**Pflegestufe**

**beantragt**

**keine**

.....  
Vers.- Nr.

.....  
**Zimmerwunsch**

**Rüstigenbereich**

**Pflegebereich**

.....  
Einkommens- Vermögensverhältnisse

.....  
Rente

.....  
Haus - und Grundbesitz

**Selbstzahler:**

**Sozialamt:**